

BAB III

TINJAUAN KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN.F DENGAN BRONKOPNEUMONIA DIRUANG MELATI RSUD SLEMAN

Nama Mahasiswa : Dini Nuraini Wulandari
Tempat Praktek : Ruang Melati RSUD Sleman
Tanggal Praktek : 24 – 28 Juli 2023

A. PENGKAJIAN

Hari/Tanggal : 25 Juli 2023 Oleh : Dini
Jam : 10.00 Sumber data : Ibu Pasien, RM

I. IDENTITAS

1. Pasien (*Diisi lengkap*)

Nama : An. F
Umur : 22 bln/ 1 tahun 10 bln
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Pendidikan : Belum sekolah
Pekerjaan : Belum bekerja
Suku/Kebangsaan : Jawa/Indonesia
Tgl. Masuk RS : 20/07/2023 (pasien sudah hari ke-4 rawat inap)
Diagnosa Medis : Bronkopneumonia
No. CM : 413***
Alamat : Rebobong Kidul, RT 003 RW 026

2. Penanggung Jawab (*Diisi lengkap*)

Nama : Ny. F
Umur : 31 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT
Alamat : Rebobong Kidul, RT 003 RW 026
Hub. dgn Pasien : Ibu Pasien

Keadaan Umum : () sakit ringan (✓) sakit sedang () sakit berat
 Kesadaran : Composmentis
 Alergi : (✓) tidak () ya, sebutkan.....
 Berat Badan : 8,114 kg, Tinggi Badan: 77cm
 Tanda-Tanda Vital : Suhu 36,9 °C Nadi 102 x/mnt
 Respirasi: 37 x/mnt SpO² : 97%

II. RIWAYAT KESEHATAN

1. Riwayat Kesehatan Pasien

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan utama

Ibu pasien mengatakan anaknya batuk berdahak dan pilek sejak 4 hari yang lalu, Ibu pasien mengatakan dahak belum bisa keluar, Ibu pasien mengatakan anaknya BAB cair sudah 5x dan muntah 3x sejak subuh.

Lama Keluhan

Sejak 7 hari yang lalu dan Ibu pasien mengatakan langsung membawa anaknya ke pelayanan kesehatan.

Faktor Pencetus

Hari jumat tanggal 14/07/23 pasien mengeluh batuk berdahak dan pilek. Dihari senin tanggal 17/07/22 pasien dibawa orangtuanya ke puskesmas karena demam, batuk berdahak dan pilek dan diberi obat puyer namun keluhan belum membaik. Hari kamis pagi 20/11/22 pasien dibawa ke puskesmas kembali karena keluhan tidak membaik dan puskesmas merujuk pasien ke poli anak RSUD Sleman untuk diperiksa dan langsung disuruh mondok. Dihari kamis tersebut pasien datang keruang Melati dengan keluhan demam hingga 38,9°C, batuk berdahak dan pilek, makan dan minum kurang.

Sifat serangan (*kronis atau akut*)

() Bertahap

(✓) Mendadak

Faktor yang memperberat

Ibu pasien mengatakan anak batuk sejak 10 hari yang lalu dan ditambah demam.

Pengobatan yang telah diperoleh

Ibu pasien mengatakan sebelum ke RSUD membawa anaknya berobat ke puskesmas.

b. Riwayat Kesehatan Yang Lalu

- Penyakit yang pernah dialami :

Ibu pasien mengatakan pasien belum pernah mengalami penyakit seperti ini sebelumnya.

a) Kanak kanak : Ibu pasien mengatakan sebelumnya anaknya tidak pernah menderita penyakit yang sama.

b) Kecelakaan : Ibu pasien mengatakan anaknya tidak ada riwayat kecelakaan.

c) Pernah dirawat : Ibu pasien mengatakan anaknya belum pernah dirawat dirumah sakit sebelumnya.

d) Operasi : Ibu pasien mengatakan tidak ada riwayat operasi

- Alergi : Ibu pasien mengatakan anaknya tidak memiliki riwayat alergi makanan ataupun obat-obatan.

- Kebiasaan : merokok/kopi/alkohol/lain-lain (**Tidak ada**)

- Obat-obatan : Ibu pasien mengatakan tidak ada obat-obatan yang rutin dikonsumsi.

2. Riwayat Immunisasi : Lengkap

Hepatitis B (HB-0) : diberikan saat kurang dari 24 jam pertama bayi lahir.

BCG dan Polio 1 : diberikan saat usia 1 bulan.

DPT-HB-Hib 1 dan Polio 2 : diberikan saat usia 2 bulan.

DPT-HB-Hib 2 dan Polio : diberikan saat usia 3 bulan.

DPT-HB-Hib 3, Polio 3 : diberikan saat usia 4 bulan.

Campak : diberikan saat usia 9 bulan.

3. Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan (*menggunakan instrumen Denver*)

- Pemeriksaan antropometri (BB: 8,114 kg, PB: 77 cm)

- Penghitungan Z score :

$$\begin{aligned} \text{Z score BB/U} &: \frac{\text{BB anak} - \text{BB median}}{\text{BB median} - \text{BB}(-1\text{SD})} \\ &: \frac{8,114 - 11,8}{11,8 - 10,5} = \frac{-3,686}{1,3} = -2,8 \text{ SD (BB Kurang)} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Z score PB/U} &: \frac{\text{PB anak} - \text{PB median}}{\text{PB median} - \text{PB}(-1\text{SD})} \\ &: \frac{77 - 86,0}{86,0 - 83,1} = \frac{-9}{2,9} = -3,10 \text{ SD (Pendek/Stunted)} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Z score BB/PB} &: \frac{\text{BB anak} - \text{BB median}}{\text{BB median} - \text{BB}(-1\text{SD})} \\ &: \frac{8,114 - 9,9}{9,9 - 9,1} = \frac{-1,786}{0,8} = -2,23 \text{ SD (Gizi Kurang/Wasted)} \end{aligned}$$

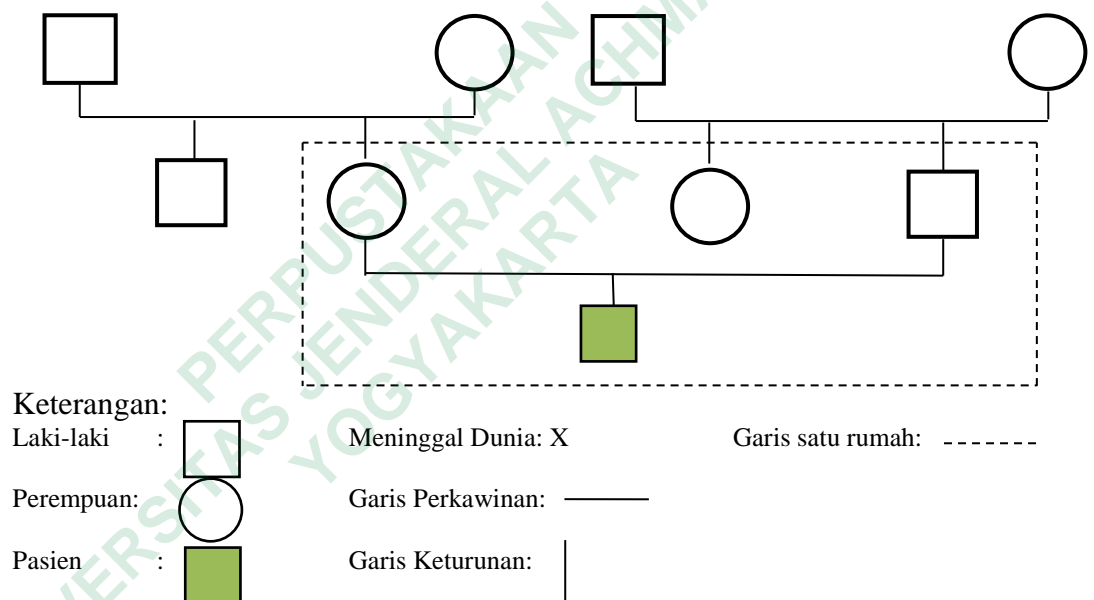
- Motorik halus : Ibu pasien mengatakan An. F sudah bisa menumpuk dan membuat menara dari 6 balok, suka mencoret-coret tembok juga, dan sudah mulai mencoret-coret kertas.

- Motorik kasar : Ibu pasien mengatakan An. F sudah bisa lancar berlari, menendang bola kedepan, melempar bola, berjalan menaiki anak tangga dan belajar melompat.
- Bahasa : Ibu pasien mengatakan An. F sudah bisa berbicara dengan jelas, sudah bisa menyebutkan sesuatu yang ada digambar, menyebutkan anggota tubuh, menyebutkan dua kata atau lebih.
- Lain-lain : Pemeriksaan dilakukan menggunakan format Denver II.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu pasien mengatakan dari keluarga tidak memiliki penyakit keturunan seperti kejang, hipertensi, dan DM.

GENOGRAM



PENGAJIAN PERSISTEM

5. PERNAPASAN

Spontan : (✓) ya () tidak
 R.R : 37 x/menit () teratur () tidak teratur
 Sesak : () ya (✓) tidak (✓) retraksi minimal
 () sinosis () wheezing (✓) ronkhi () rales
 (✓) batuk (✓) lendir, Konsistensi : Kental
 Warna : Kuning
 Oksigen : tidak menggunakan oksigen, Sa. O₂ : 97%
 Metode : () nasal () head box () lain-lain
 Alat Bantu napas :
 (-) ETT (-) Vantilator
 Hasil analisa gas darah :

(-) Asidosis respiratorik (-) asidosis metabolik
 (-) alkalosis respiratorik (-) alkalosis metabolic
 Lain-lain : Terdapat retraksi dinding dada.
 Masalah keperawatan : Bersihan jalan nafas tidak efektif.

6. KARDIOVASKULER

Bunyi jantung : (✓) normal () tidak normal
 () takikardi () bradikardi Nadi : 102 x/menit
 SPO² : 97%

Pengisian kembali kapiler <2 detik

Denyut arteri femoralis:

- Kanan : (✓) kuat () lemah
 - Kiri : (✓) kuat () lemah

Perdarahan: (✓) tidak () ya,cc

Ekstremitas : (✓) hangat () dingin () sianosis
 () edema () lemah () pucat

Pemasangan infus :

() sentral () long line

Perifer : Intravena : (✓) ya () tidak
 Intra arteri : () ya () tidak

Jenis cairan : IUFD RLG

Jumlah tetesan : 26,4cc/j (infus pump makro)

Hasil Laboratorium :

() Anemia () Trombositopenia

() Lekositosis () Hipoproteinemia

Lain-lain: Tidak ada

7. GASTROINTESTINAL

BB saat ini 8,114 kg

Diit:

() ASI (✓) susu formula (✓) lain-lain, bubur, ayam, tahu,
 sayur, buah

Puasa : () ya (✓) tidak

Cara minum: (✓) oral (✓) NGT/~~OGT~~/~~Gastrostomi~~

Jumlah minum : ± 860 cc (susu + minum)

Cara makan : (✓) disuapi () makan sendiri

Frekuensi makan : (✓) kurang () cukup

() baik () anoreksia

Mukosa mulut : () lembab (✓) kering () kotor

() Labio schizis () Palato schizis () LPG schizis

Lidah : (✓) lembab () kering () kotor

Abdomen :

Inspeksi : abdomen pasien tidak terdapat luka

Auskultasi : bising usus 24x/menit

Perkusi : saat di perkusi terdengar bunyi timpani

Palpasi : saat di palpasi ada nyeri tekan dan distensi abdomen
 mual muntah residu.....ml, warna.....
 NGT, produksi.....
 Turgor : elastis tidak elastis
 Bisings usus: 24 x/menit
 Hasil Laboratorium :
 Hipoproteinemia Hipoalbuminemia
 asidosis metabolik alkalosis metabolik
 Hipokalemia Hipokalsemia
 Hipoglikemia
 Lain-lain : Klien tampak kurus, klien tampak lemas

8. NEUROSENSORI

Tingkat kesadaran : Composmentis
 Glasgow coma scale : 15 (E4, M6, V5)
 Kepala : Mesocephal
 Pupil : isokor anisokor dilatasi
 Reaksi terhadap cahaya : ada tidak ada
 Gerakan : aktif lemah paralise
 Kejang : tidak ada. Subtle/tonik klonik
 Lain-lain : Tidak ada

9. INTEGUMEN

Warna kulit : kemerahan pucat ikterus
 Suhu : panas hangat dingin
 Turgor : elastis tidak elastis
 Kebersihan: bersih kotor
 Integritas : utuh kering rash
 bullae pustula ptechiaie
 plebitis lesi nekrosis
 dekubitus
 Kepala : bersih sedikit kotor bau
 Mata : Sekret ya tidak
 Lain-lain : Rambut pasien lepek dan sedikit berminyak.
 Hidung : Hidung simetris, tidak ada secret

10. REPRODUKSI

Laki-laki
 Preputium : bersih kotor
 Hipospadia : ya tidak
 Scrotum : Testis ada tidak ada
 Lain-lain : Tidak ada

III. PENGKAJIAN ASPEK FISIK-BIOLOGIS

Pola Nutrisi

Frekwensi makan : 3x/hari
 Berat badan/tinggi badan : 81 kg/ 177 cm

BB dalam 1 bln terakhir : () menetap
 () meningkat : . . .kg, alasan : .
 (✓) menurun : ½ kg, Alasan : Ibu pasien mengatakan anak tidak nafsu makan.
 Jenis makanan : Diit bubur biasa beserta lauk-pauk dan susu.
 Makanan yang disukai : Ayam goreng dan nasi goreng
 Makanan pantangan : Tidak ada
 Alergi makanan : Tidak ada
 Nafsu makan : () baik
 (✓) Kurang, alasan : pasien tidak nafsu makan
 Masalah pencernaan : (✓) mual (✓) muntah
 () kesulitan menelan () sariawan
 Riwayat Operasi/trauma gastrointestinal : Tidak ada riwayat operasi
 Diit RS :
 () habis () ½ porsi () ¾ porsi (✓) tidak habis
 (hanya ½ sendok), alasan : pasien tidak nafsu makan, mual dan muntah
 Kebutuhan pemenuhan ADL makan : **dengan bantuan**

☐ **Pola Eliminasi**

- a. Eliminasi Bowel
 Frekuensi : 5x sehari Penggunaan pencahar : Tidak
 Waktu : **pagi** / siang / sore / malam
 Warna : Kekuningan khas fases, Darah dan Konsistensi : Cair
 Gangguan eliminasi bowel : Diare.
 Kebutuhan Pemenuhan ADL Bowel : dengan bantuan.
- b. Eliminasi Bladder
 Frekuensi : 3-4 x/sehari Jumlah urine : ±125/8jam
 Warna : Kuning Darah : Tidak
 Ggn. Eliminasi Bladder : Tidak ada gangguan.
 Penggunaan kateter : Tidak menggunakan kateter
 Kebutuhan Pemenuhan ADL Bladder : Dengan Bantuan Pasien menggunakan pampes.

Rumus Kebutuhan Cairan Anak Berat Badan ≤10 Kg
 Kebutuhan Cairan = BB x 100 ml/hari
 Kebutuhan Cairan = 8,114 x 100 ml/hari
 = 811,4 ml/hari

Balance Cairan :

Tabel 3.1 Balance Cairan

Selasa, 25/07/23	Rabu, 26/07/23	Kamis, 27/07/23
<p>Intake : Ngt : 240cc/8jam Minum + Makan : 150cc/8jam Infus : 211,2cc/8jam Injeksi : 18cc/8jam</p> <p>Output : Urine : 125cc/8jam Fases : 426cc/8jam IWL : 75,6cc/8jam</p> <p>Balance Cairan : Intake – Output = 619,2 – 626,6 = – 7,4</p>	<p>Intake : Ngt : 90cc/8jam Minum + Makan : 100cc/8jam Infus : 211,2cc/8jam Injeksi : 12cc/8jam</p> <p>Output : Urine : 50cc/8jam Fases : 257cc/8jam IWL : 75,6cc/8jam</p> <p>Balance Cairan : Intake – Output = 413,2 – 382,6 = – 30,6</p>	<p>Intake : Ngt : 180cc/8jam Minum + Makan : 150cc/8jam Infus : 211,2cc/8jam Injeksi : 16,5cc/8jam</p> <p>Output : Urine : 159cc/8jam Fases : 645cc/8jam IWL : 75,6cc/8jam</p> <p>Balance Cairan : Intake – Output = 558,7 – 453 = +105,7</p>

Pola Aktifitas dan latihan

Pekerjaan : Pasien belum bekerja

Olah raga rutin : Tidak Frekuensi : -

Alat bantu : () walker () krek () kursi roda () tongkat

Terapi : () traksi, di () gips, di

Kemampuan melakukan ROM : Pasif / **Aktif**

Kemampuan Ambulasi : **Mandiri** / tergantung / dengan bantuan

Pola Tidur dan istirahat

Lama tidur : 6 - 7 jam, Tidur siang : **Ya** / Tidak

Kesulitan tidur di RS : Ya / **Tidak**

Alasan : Ibu pasien mengatakan An.M tidak mengalami kesulitan tidur, pasien tidur tampak pulas.

Kesulitan tidur : () menjelang tidur () mudah sering terbangun
() merasa tidak segar saat bangun

Pola Kebersihan Diri

- Sebelum sakit: Ibu pasien mengatakan sebelum sakit mandi 2x/sehari pagi dan sore, setiap mandi pasien gosok gigi dan keramas 2 hari/sekali. Pasien dimandikan oleh ibunya.

- Selama sakit: Ibu pasien mengatakan selama sakit pasien hanya di lap-lap dan hanya mengganti baju saja.

1. Aspek Intelektual-Psikososial-Spiritual

Aspek Mental

Ibu pasien mengatakan selama di RS pasien cemas, takut dan menangis setiap diberikan pengobatan.

Aspek Intelektual

Ibu pasien mengatakan belum mengerti tentang perawatan penyakit anaknya, dan Ibu pasien juga belum paham tentang penyakit anaknya. Ibu tampak kebingungan dan tampak bertanya.

Aspek Sosial

Ibu pasien mengatakan anaknya sangat aktif di rumah, hubungan dengan keluarga juga sangat baik, anaknya juga sering bermain dengan saudara dan teman sebayanya dirumah.

Aspek Spiritual

Pasien dan keluarga menganut agama islam. Ibu pasien berdoa untuk kesembuhan anaknya dan berharap cepat membaik.

2. Aspek Lingkungan Fisik

Ibu pasien mengatakan kondisi lingkungan rumah nyaman, ibu pasien mengatakan suaminya sering merokok didalam dirumah dan tidak pernah mengganti pakaian atau mencuci tangan setelah merokok langsung menggendong anaknya.

3. Pengkajian Resiko Jatuh

Score Humpty Dumpty : 14

Kesimpulan : Resiko jatuh tinggi

Lampiran Score Humpty Dumpty

Tabel 3.2 Pengkajian Resiko Jatuh

2Parameter	Kriteria	Nilai	Score
Usia	< 3 tahun	4	4
	3-7 tahun	3	
	7-13 tahun	2	
	>13 tahun	1	
Jenis kelamin	Laki-laki	2	2
	Perempuan	1	
Diagnosis	Diagnosis Neurologis	4	
	Perubahan oksigenasi (diagnosis respiratorik, dehidrasi, anemia, anoreksia, sinkop, pusing, dsb)	3	3

	Diagnosis perilaku/psikiatri	2	
	Diagnosis lainnya	1	
Gangguan kognitif	Tidak menyadari keterbatasan dirinya	3	
	Lupa akan adanya keterbatasan		
	Orientasi baik terhadap diri sendiri	1	1
Faktor lingkungan	Riwayat jatuh/bayi diletakkan di tempat tidur bayi/perabot rumah	3	
	Pasien diletakkan di tempat tidur	2	0
	Area di luar rumah sakit	1	
Pembedahan/Sedasi/Anestesi	Dalam 24 jam	3	
	Dalam 48 jam	2	
	>48 jam atau tidak menjalani sedasi/pembedahan/anestesi	1	1
Penggunaan medikamentosa	Penggunaan multiple: sedative, obat hypnosis, barbiturate, fenotiazin antidepresan, pencahar, diuretic, narkose	3	
	Penggunaan salah satu obat di atas	2	
	Penggunaan medikasi lainnya/tidak ada medikasi	1	1
Jumlah Skor Humpty Dumpty			14

Hasil skor Humpty Dumpty : 14 (risiko tinggi)

Kesimpulan : Skor 7-11 : risiko rendah,
Skor > 12 : risiko tinggi

Dukungan Keluarga terhadap Klien

Keluarga sangat menyayangi pasien dan ibu pasien selalu memotivasi anaknya untuk semangat meminum obat agar sembuh.

IV. Terapi Medis

Tabel 3.3 Terapi Medis

Nama Obat	Dosis	Indikasi
Infus RLG	24,6cc/jam	Sebagai resusitasi cairan dehidrasi dan syok hipovolemik
Inj.Cefotaxime	3 x 400 mg (iv)	Sebagai antibiotic penatalaksanaan infeksi saluran pernafasan bawah
Inj.Gentamicin	400 mg/24j (iv)	Sebagai pencegah atau mengobati infeksi bakteri.
Zinc	1 x 20 mg (po)	Sebagai obat diare untuk balita dan mencegah komplikasi diare
Cetirizine syp	2 x ½ cth (po)	Mengatasi gejala rinitis atau batuk pilek yang tidak disebabkan oleh alergi
Nichofed syp	3 x ½ cth (po)	Melegakan hidung tersumbat dan rhinitis alergi

Nebu Ventolin + Flexotide	½ x ½ /12 j	Mengobati saluran pernafasan
------------------------------	-------------	---------------------------------

V. Hasil Lab Darah (24/07/2023, 11:39)

Tabel 3.4 Hasil Laboratorium Darah

Hasil	Satuan	Nilai Normal	Interprestasi Hasil
Hemoglobin : 11.4	gr/dl	11.3 - 14.1	Normal
Leukosit : 9.8	ribu/Ul	6 - 17	Normal
Eritrosit : 4.81	juta/Ul	3.9 - 5.9	Tinggi
Trombosit : 502	ribu/Ul	150 - 4440	Normal
Hematokrit : 36	%	34 - 40	Normal
MPV : 9.0	fL	7.2 - 11.1	Normal
PDW : 9.1	fL	9 - 13	Normal
RDW-CV: 14.1	%	11.5 - 14.5	Normal
MCV: 74.6	fL	75 - 87	Normal
MCH : 23.7	Pg	24 - 30	Rendah
MCHC : 31.8	%	31 - 37	Normal
Basofil : 0.3	%	0 - 1	Normal
Monosit : 5.2	%	4-8	Normal
Eosinofil : 2.9	%	1-6	Normal
Limfosit : 70.4	%	22-40	Normal
Neutrofil : 21.2	%	25-49	Normal

VI. Hasil Laboratorium Feses (27/07/2023)

Tabel 3.5 Hasil Laboratorium Feses

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Fases lengkap			
Makroskopis Feses			
Warna	Kuning		
Bau	Khas		Khas
Konsistensi	Lembek		Lembek
Lendir	Positif		Negatif
Mikroskopis Feses			
Telur cacing	Negatif		Negatif
Eritrosit	Negatif	/lpb	Negatif
Lekosit	Negatif	plp	Negatif
Sel Epitel	Negatif		Negatif
Sisa Makanan	Globul Lemak		
Amoeba	Negatif		Negatif

VII. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.6 Pemeriksaan Penunjang

Tanggal Pemeriksaan	Nama Pemeriksaan	Hasil
20/07/2023, 11:54	Thorax anak	Bronkopneumonia. cor normal

B. ANALISA DATA

Tabel 3.7 Analisa Data

No	Data Fokus	Masalah	Etiologi
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ibu pasien mengatakan anak batuk berdahak Ibu pasien mengatakan anak pilek Ibu pasien mengatakan dahak belum bisa keluar <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien nampak batuk berdahak Dahak tampak belum keluar Retraksi dinding dada minimal RR : 37x/menit SpO² : 97% Hasil rontgen: bronkopneumonia Terdapat ronchi +/- dikedua lapang paru 	Bersihan jalan nafas tidak efektif	Hipersekresi jalan nafas
2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ibu pasien mengatakan anaknya BAB cair sudah 5x/hari <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nampak BAB cair 5x/hari 	Diare	Proses Infeksi

	<ul style="list-style-type: none"> • Peristaltik usus 24x/mnt • Anak tampak lemah dan lemas • Pasien menggunakan pampers • BAB berwarna kuning • Perut pasien kembung • Pasien tampak lemas • Mukosa bibir kering • Turgor kulit menurun • Kelopak mata tampak cekung • Kebutuhan cairan anak 811,4 ml/hari 		
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu pasien mengatakan anaknya tidak pernah menghabiskan diit bubur yang diberikan • Ibu pasien mengatakan anaknya hanya makan ½ sendok • Ibu pasien mengatakan anaknya sudah muntah 3x <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • BB pasien : 8,144kg • TB pasien : 77 cm • Z score BB/PB : -2,23 SD (kategori gizi kurang) 	Defisit Nutrisi	Faktor Psikologis (Keenganan untuk makan)

	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak kurus • Pasien terlihat lemas • Pasien tampak sulit makan • Makan pasien hanya ½ sendok • Pasien muntah 3x/hari 		
4.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu pasien mengatakan anaknya muntah 2x/hari • Ibu pasien mengatakan anaknya BAB cair sudah 4x/hari <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lemas • Pasien tampak rewel • Mukosa bibir kering • Turgor kulit menurun • Intake : Ngt : 240cc/8jam Minum + Makan : 150cc/8jam Infus : 211,2cc/8jam Injeksi : 18cc • Output : Urine : 125cc/8jam Feses : 426cc/8jam Iwl : 75,6cc/8jam • Balance cairan : Intake - Output = 619,2 - 626,6 = - 	Resiko Hipovolemi	d.d Kehilangan Cairan Secara Aktif

	7,4.		
5.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ibu pasien mengatakan belum mengerti tentang perawatan penyakit anaknya. Ibu pasien juga mengatakan belum paham tentang penyakit anaknya. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ibu tampak bingung dan ingin mengetahui penyakit yang diderita sang anak 	<p>Defisit Pengetahuan</p>	<p>Kurang terpapar informasi</p>
6.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ibu pasien mengatakan selama di RS anak cemas, takut dan menangis setiap di beri pengobatan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien terlihat cemas, malu, takut dan hampir tidak mau berinteraksi dengan petugas kesehatan 	<p>Ansietas</p>	<p>Krisis situasional</p>
7.	<p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> Skor Humpty Dumpty 14 (Resiko Tinggi) 	<p>Resiko Jatuh</p>	<p>d.d Usia \leq 2 tahun</p>

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Hipersekresi Jalan Nafas dibuktikan dengan tanda gejala Ibu pasien mengatakan anak batuk berdahak, Ibu pasien mengatakan anak pilek, Ibu pasien mengatakan dahak belum bisa keluar. Pasien nampak batuk berdahak, Dahak tampak belum keluar, Retraksi dinding dada minimal, RR : 37x/menit, SpO² : 97%, Hasil rontgen: bronkopneumonia, Terdapat ronchi +/- dikedua lapang paru
2. Diare berhubungan dengan Proses Infeksi dibuktikan dengan tanda gejala Ibu pasien mengatakan anaknya BAB cair sudah 4x/hari. Nampak BAB cair 5x/hari, Peristaltik usus 24x/mnt, Anak tampak lemah dan lemas, Pasien menggunakan pampers, BAB berwarna kuning, Perut pasien kembung, Pasien tampak lemas, Mukosa bibir kering, Turgor kulit menurun, Kelopak mata tampak cekung.
3. Defisit Nutrisi berhubungan dengan Faktor Psikologis (Keengganan Untuk Makan) dibuktikan dengan tanda gejala Ibu pasien mengatakan anaknya tidak pernah menghabiskan diit bubur yang diberikan, Ibu pasien mengatakan asupan makan pasien hanya dengan susu formula, Ibu pasien mengatakan anaknya hanya makan ½ sendok, Ibu pasien mengatakan anaknya sudah muntah 2x. BB pasien : 8,144kg, TB pasien : 77 cm, Z score BB/PB : -2,23 SD (**kategori gizi kurang**), Pasien tampak kurus, Pasien terlihat lemas, Pasien tampak sulit makan, Makan pasien hanya ½ sendok, Pasien muntah 3x/hari.
4. Resiko Hipovolemi ditandai dengan Kehilangan Cairan Secara Aktif dibuktikan dengan tanda gejala Ibu pasien mengatakan anaknya muntah 2x/hari, Ibu pasien mengatakan anaknya BAB cair sudah 4x/hari. Pasien tampak lemas, Pasien tampak rewel, Mukosa bibir kering, Turgor kulit menurun, (Intake : Ngt : 240cc/8jam, Minum : 150cc/8jam, Infus : 211,2cc/8jam, Injeksi : 18cc ; Output : Urine : 125cc/8jam, Feses : 426cc/8jam, Iwl : 75,6cc/8jam ; Balance cairan : Intake - Output = 619,2 - 626,6 = -7,4).

5. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Kurangnya Terpapar Informasi dibuktikan dengan tanda gejala Ibu pasien mengatakan belum mengerti tentang perawatan penyakit anaknya, Ibu pasien juga mengatakan belum paham tentang penyakit anaknya. Ibu tampak bingung dan ingin mengetahui penyakit yang diderita sang anak
6. Ansietas berhubungan dengan Krisis situasional dibuktikan dengan tanda gejala Ibu pasien mengatakan selama di RS anak cemas, takut dan menangis setiap di beri pengobatan. Pasien terlihat cemas, malu, takut dan hampir tidak mau berinteraksi dengan petugas kesehatan
7. Resiko Jatuh ditandai dengan Usia ≤ 2 Tahun dibuktikan dengan hasil Skor Humpty Dumpty 14 (Resiko Tinggi)

D. RENCANA KEPERAWATAN

Tabel 3.8 Rencana Keperawatan

DIAGNOSA (SDKI)	LUARAN (SLKI)	INTERVENSI (SIKI)
<p>D.0001 Bersihkan jalan nafas tidak efektif</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka bersihkan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>Bersihkan jalan nafas (L.01001)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk efektif menurun 2. Produksi sputum menurun 3. Frekuensi napas membaik 	<p>Manajemen jalan napas (I.01011)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan semi fowler atau fowler 2. Berikan minum hangat 3. Lakukan uap air panas minyak kayu putih 4. Berikan oksigen, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu <p>Pemberian obat inhalasi (I.01015)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan alergi, interaksi, dan kontraindikasi 2. Verifikasi order obat sesuai indikasi

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Periksa tanggal kadaluwarsa obat 4. Monitor tanda vital 5. Monitor efek terapeutik obat <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan prinsip enam benar (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dokumentasi) 2. Kocok inhaler selama 2-3 detik sebelum digunakan 3. Lepaskan penutup inhaler dan pegang terbalik 4. Posisikan inhaler di dalam mulut mengarah ke tenggorokan dengan bibir tertutup rapat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan bernapas lambat dan dalam selama penggunaan nebulizer 2. Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping obat
<p>D.0020 Diare berhubungan dengan Proses Infeksi</p>	<p>Setelah Dilakukan intervensi Keperawatan 3x24 Jam maka Eliminasi Fekal membaik Dengan Kriteria Hasil :</p> <p>Eliminasi Fekal (L.04033)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrol pengeluaran feses menurun 2. Distensi abdomen menurun 3. Konsistensi feses membaik 4. Frekuensi defekasi membaik 5. Peristaltik usus membaik 	<p>Manajemen Diare (L.03101)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab diare 2. Identifikasi riwayat pemberian makanan 3. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja 4. Monitor tanda dan gejala hipovolemia 5. Monitor jumlah pengeluaran urine <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan asupan cairan oral

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Pasang jalur intravena 3. Berikan cairan intravena (mis. Ringer asetat, ringer laktat) jika perlu 4. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit 5. Ambil sampel feses untuk kultur <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap 2. Anjurkan melanjutkan pemberian ASI <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas
<p>D.0019 Defisit Nutrisi berhubungan dengan Faktor Psikologis (Kengganannya untuk makan)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 jam, maka Status Nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>Status Nutrisi (L.03030)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Diare menurun 3. Berat badan membaik 4. Z score membaik 5. Frekuensi makan membaik 6. Nafsu makan membaik 	<p>Manajemen nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 5. Monitor asupan makanan 6. Monitor berat badan 7. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 2. Berikan makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi 3. Berikan makanan yang

		<p>tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>4. Berikan suplemen makanan (jika perlu)</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan. <p>Promosi Berat Badan (I.03136)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan penyebab BB kurang 2. Monitor adanya mual dan muntah 3. Monitor jumlah kalori yang dikonsumsi sehari-hari 4. Monitor berat badan 5. Monitor albumin, limfosit, dan elektrolit, serum <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, jika perlu 2. Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien 3. Hidangkan makanan secara menarik 4. Berikan suplemen, jika perlu 5. Berikan pujian pada
--	--	--

		<p>pasien/keluarga untuk peningkatan yang dicapai</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi 2. Jelaskan peningkatan asupan kalori yang dibutuhkan
D.0034 Risiko Hipovolemia	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam, maka Status Ciran meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>Status Cairan (L.03028)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Turgor kulit meningkat 3. Output urine menurun 4. Perasaan lemah menurun 5. Intake cairan membaik 	<p>Manajemen Hipovolemia (I.03116)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemi (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun, hematocrit meningkat, haus, lemah) 2. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan asupan cairan oral <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian cairan IV
D.0111 Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurangnya	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 1x24 jam, maka Tingkat Pengetahuan meningkat dengan Kriteria</p>	<p>Edukasi kesehatan (I.12383)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor


<p>terpapar informasi</p>	<p>Hasil :</p> <p>Tingkat pengetahuan (L.1211)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menjelaskan suatu topik meningkat 2. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 3. Pertanyaan terhadap masalah yang dihadapi menurun 4. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 	<p>yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.</p> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi kesehatan 2. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
<p>D.0080 Ansietas berhubungan dengan Krisis situasional</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 1x24 jam, maka tingkat ansietas membaik dengan Kriteria Hasil :</p> <p>Tingkat Ansietas L.09093</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegang menurun 4. Orientasi membaik 	<p>Reduksi Ansietas I.09314 Obsevasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat ansietas berubah 2. Monitor tanda-tanda ansietas seperti verbal dan non verbal <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pahami yang membuat ansietas 2. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat ansietas jika perlu


<p>D.0143 Resiko Jatuh d.d Usia ≤ 2 tahun</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 jam, maka Tingkat Jatuh menurun dengan Kriteria Hasil :</p> <p>Tingkat Jatuh L.14138</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat berjalan menurun 	<p>Pencegahan Jatuh I.14540</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) 4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu 5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 3. Pasang handrail tempat tidur 4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 5. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station 6. Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) 7. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien
--	---	--


		<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh4. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri5. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat
--	--	--


E. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI HARI KE-1


Tabel 3.9 Implementasi dan Evaluasi



No. Dx	Hari/Jam	Implementasi	Evaluasi (tgl, jam)	TTD
1.	Selasa, 25/07/23/ 08.00	1. Memonitor tanda-tanda vital	25/07/23, jam 14.00 S:	 Dini
	08.10	2. Pengkajian dan Mengobservasi keadaan pasien	<ul style="list-style-type: none"> Ibu pasien mengatakan anak batuk berdahak Ibu pasien mengatakan dahaknya belum keluar 	
	08.15	3. Menjelaskan maksud dan tujuan terapi uap air panas minyak kayu putih	O:	
	08.15	4. Menganjurkan pasien untuk minum air hangat untuk mengencerkan dahak	<ul style="list-style-type: none"> Gentamicin 40mg Cefotaxime 400 mg Nebu Ventoline ½ + Flexotide ½ RR: 37 x/menit Nampak retraksi dinding dada minimal 	
	08.20	5. Melakukan terapi uap air panas minyak kayu putih	<ul style="list-style-type: none"> TTV: S: 36,5 °C N: 119x/menit RR: 37x/menit 	
	08.30	6. Mengevaluasi RR, Pengeluaran Sputum, Konsistensi Sputum, dan Suara Nafas setelah diberikan terapi uap air panas minyak kayu putih	<ul style="list-style-type: none"> Pasien nampak minum air hangat Evaluasi Setelah diberikan terapi uap air panas minyak kayu putih jam 08.30: RR : 34x/mnt, tidak ada pengeluaran sputum, konsistensi sputum kental dan suara nafas ronchi. 	
	09.00	7. Melakukan terapi nebulizer Ventolin ½ + Flexotide ½	<ul style="list-style-type: none"> Observasi sebelum dilakukan terapi uap air panas minyak 	
	10.50	8. Melakukan observasi		

		RR, Pengeluaran Sputum, Konsistensi Sputum, dan Suara Nafas	kayu putih jam 10.50 : RR : 35x/mnt, tidak ada pengeluaran sputum, konsistensi sputum kental, dan suara nafas ronchi	
	11.00	9. Melakukan terapi uap air panas minyak kayu putih	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi sesudah diberikan terapi uap air panas minyak kayu putih jam 11.00 : RR : 33x/mnt, tidak ada pengeluaran sputum, konsistensi sputum kental dan suara nafas ronchi. 	
	11.10	10. Mengevaluasi RR, Pengeluaran Sputum, Konsistensi Sputum, dan Suara Nafas setelah diberikan terapi uap air panas minyak kayu putih	A: Masalah Bersihan Jalan Nafas belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	
	13.00	11. Memberikan obat Gentamicin 40 mg	1. Monitor TTV pasien	
	13.00	12. Memberikan obat Cefotaxim 400 mg	2. Observasi suara nafas dan dahak	
	14.00	13. Memberikan obat Nichofed Syp ½ cth	3. Beri Nebu Ventline ½ + Flexotide ½ jam 17.00	
	14.00	14. Mengevaluasi kondisi pasien	4. Evaluasi kondisi pasien jam 19.30	
2	Selasa, 25/07/23		25/07/23, jam 14.00	
	09.10	1. Mengobservasi diare pasien	S: <ul style="list-style-type: none"> • Ibu pasien mengatakan anaknya BAB cair 5x/hari 	Dini
	09.15	2. Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja	O: <ul style="list-style-type: none"> • BAB cair kekuningan • Pasien BAB 5x/hari • Pasien menggunakan pampes 	
	09.20	3. Mengobservai mukosa bibir, turgor kulit,		


	13.30	<p>peristaltik usus</p> <p>4. Mengevaluasi kembali kondisi pasien</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Peristaltik usus 24x/mnt • Anak tampak lemah dan lemas • Kelopak mata cekung • Mukosa bibir kering • Turgor kulit tidak elastis <p>A: Masalah Diare belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi diare pasien 2. Anjurkan pasien banyak minum 3. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses 4. Observasi mukosa bibir, turgor kulit dan peristaltik usus 5. Evaluasi kondisi pasien jam 19.30 	
3.	<p>Selasa, 25/07/23</p> <p>09.00</p> <p>09.05</p> <p>09.10</p> <p>11.00</p> <p>12.00</p> <p>13.00</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengobservasi asupan nutrisi 2. Menganjurkan memberikan makan sedikit tapi sering 3. Memberikan susu F75 per NGT 60cc 4. Memberikan susu F75 per NGT 60cc 5. Mengobservasi nutrisi pasien 6. Memberikan susu F75 per NGT 60cc 	<p>25/07/23, 14.00</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu pasien mengatakan diit bubur yang diberikan hanya habis ½ sendok • Ibu pasien mengatakan akan memberikan makan sedikit tapi sering <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lemas • BB pasien 8,100 • Pasien makan hanya ½ sendok • Sonde susu F75 masuk 180cc/8jam <p>A : Defisit Nutrisi belum teratasi</p>	<p></p> <p>Dini</p>


	14.10 14.00	7. Memberikan obat : Asam Folat 1mg 8. Memberikan susu F75 per NGT 60cc 9. Mengobservasi asupan nutrisi	P : Intervensi dilanjutkan 1. Observasi asupan nutrisi 2. Anjurkan makan sedikit tapi sering 3. Sonde susu F75 60cc/2jam 4. Evaluasi kondisi pasien jam 19.30	
4	Selasa, 25/07/22 09.05 09.30 14.00 14.00	1. Memeriksa tanda gejala hipovolemi (nadi, turgor kulit, membrane mukosa, lemah) 2. Mengobservasi muntah pasien 3. Memonitor intake dan output cairan/8jam 4. Menghitung balance cairan/8jam	25/07/23, 13.30 S : <ul style="list-style-type: none"> • Ibu pasien mengatakan anaknya muntah 3x • Ibu pasien mengatakan anaknya BAB cair 5x O : <ul style="list-style-type: none"> • N : 108x/mnt • Kelopak mata cekung • Mukosa bibir kering • Turgor kulit tidak elastis • Pasien tampak lemas • Pasien terpasang infus RLG 26,4cc/jam • Iwl : 75,6cc/8jam • Intake : Ngt : 240cc/8jam Minum + Makan : 150cc/8jam Infus : 211,2cc/8jam Injeksi : 18cc • Output : Urine : 125cc/8jam 	 Dini

			<p>Fases : 426cc/8jam</p> <ul style="list-style-type: none"> • Balance cairan : Intake - Output = 619,2 - 626,6 = -7,4. <p>A : Masalah resiko hipovolemi belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi tanda gejala hipovolemi (nadi, turgor kulit, membrane mukosa, lemah) 2. Observasi muntah pasien 3. Monitor intake dan output pasien/8jam 4. Hitung balance cairan pasien/8jam 	
5	<p>Selasa, 25/07/22/ 09.40</p> <p>09.45</p> <p>09.50</p> <p>09.55</p> <p>10.00</p> <p>10.05</p> <p>10.10</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kesiapan menerima informasi 2. Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat 3. Menyediakan materi kesehatan 4. Memberikan kesempatan untuk bertanya 5. Mengajarkan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 6. Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 7. Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat 	<p>25/07/23, 13.30</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu pasien mengatakan mulai paham apa yang dialami si anak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu dan keluarga tampak interaktif dalam mendengar penyampaian terkait apa itu bronkopneumonia dan ingin bertanya terkait yang dialami anak <p>A:</p> <p>Masalah Defisit pengetahuan tentang bronkopneumonia berhubungan dengan kurang terpapar informasi teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dihentikan</p>	<p> Dini</p>


6.	Selasa, 25/07/23/ 10.05 10.10 10.15 10.20 10.25 10.26	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi saat ansietas berubah 2. Memonitor tanda-tanda ansietas seperti verbal dan non verbal 3. Memahami yang membuat ansietas 4. Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 5. Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 6. Kolaborasi pemberian obat ansietas jika perlu 	25/07/23, 13.30 S : <ul style="list-style-type: none"> • Ibu pasien mengatakan pasien cemas, takut dan menangis setiap di beri pengobatan O : <ul style="list-style-type: none"> • Ansietas pada anak timbul saat petugas masuk ke kamar • Pasien tidak bicara dan gelisah • Pasien terlihat menangis ketika di beri obat • Pasien selalu di dekap ibunya • Menggunakan 3S Senyum, Sapa, Salam A : Masalah Ansietas Teratasi P : Lanjutkan intervensi	 Dini
7.	Selasa, 25/07/23 07.30 08.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale) 2. Memasang <i>handrall</i> tempat tidur 	25/07/23, 13.45 S : - O : <ul style="list-style-type: none"> • Skor Humpty Dumpty 14 (Resiko Tinggi) • <i>Handrall</i> tempat tidur pasien terpasang A : Masalah Resiko Jatuh Teratasi Sebagian P : Intervensi dilanjutkan <ol style="list-style-type: none"> 1. Hitung skor Humpty Dumpty pershift 	 Dini

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI HARI KE-2

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI HARI KE-2				
1.	Rabu, 26/07/23/		26/07/23, 14.00	 Dini
	08.00	1. Memonitor tanda-tanda vital		<ul style="list-style-type: none"> • Ibu pasien mengatakan anaknya masih batuk
	08.10	2. Pengkajian dan Mengobservasi keadaan pasien		<ul style="list-style-type: none"> • Ibu pasien mengatakan dahaknya masih belum keluar
	08.15	3. Menganjurkan pasien untuk minum air hangat untuk mengencerkan dahak	O:	<ul style="list-style-type: none"> • Gentamicin 40mg • Cefotaxime 400 mg • Nebu Ventoline ½ + Flexotide ½ • RR: 32 x/menit nampak retraksi dinding dada minimal
	08.15	4. Melakukan terapi uap air panas minyak kayu putih		<ul style="list-style-type: none"> • TTV: S: 36,4 °C N: 115x/menit RR: 31x/menit
	08.25	5. Mengevaluasi RR, Pengeluaran Sputum, Konsistensi Sputum, dan Suara Nafas setelah diberikan terapi uap air panas minyak kayu putih		<ul style="list-style-type: none"> • Pasien nampak minum air hangat • Evaluasi setelah diberikan terapi uap air panas minyak kayu putih jam 08.25 : RR: 30x/mnt, Pasien tampak batuk setelah dilakukan uap air panas minyak kayu putih, Dahak pasien sudah sedikit keluar, dahak pasien cair. suara nafas ronchi.
	09.00	6. Melakukan terapi nebulizer Ventolin ½ + Flexotide ½		<ul style="list-style-type: none"> • Observasi sebelum diberikan terapi uap air panas minyak
	10.55	7. Mengobservasi RR, Pengeluaran Sputum, Konsistensi Sputum, dan Suara nafas sebelum diberikan terapi uap air panas minyak kayu putih		


	11.00	8. Melakukan terapi uap air panas minyak kayu putih	kayu putih jam 10.55 : RR : 30x/mnt, dahak pasien sudah sedikit keluar, dahak pasien cair, suara nafas ronchi	
	11.10	9. Mengevaluasi RR, Pengeluaran Sputum, Konsistensi Sputum, dan Suara nafas sesudah diberikan terapi uap air panas	<ul style="list-style-type: none"> Evaluasi setelah diberikan terapi uap air panas minyak kayu putih jam 11.00 : RR : 28x/mnt, dahak sudah keluar, dahak pasien cair, suara nafas ronchi 	
	13.00	10. Memberikan obat Gentamicin 40 mg	A: Masalah Bersihan Jalan Nafas belum teratasi	
	13.00	11. Memberikan obat Cefotaxim 400 mg	P: Intervensi dilanjutkan	
	14.00	12. Memberikan obat Nichofed Syp ½ cth	<ol style="list-style-type: none"> Monitor TTV pasien Observasi suara nafas dan dahak Beri Nebu Ventline ½ + Flexotide ½ jam 17.00 	
	14.00	13. Mengevaluasi kondisi pasien	<ol style="list-style-type: none"> Evaluasi kondisi pasien jam 19.30 	
2.	Rabu, 26/07/23/ 08.50	1. Mengobservasi diare pasien	26/07/23, 13.30	 Dini
	08.55	2. Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja	S: <ul style="list-style-type: none"> Ibu pasien mengatakan anaknya BAB cair 7x/hari Ibu pasien mengatakan anaknya muntah 1x/hari 	
	09.00	3. Mengobservai mukosa bibir, turgor kulit, peristaltik usus	O: <ul style="list-style-type: none"> Methylprednisolone 12,5mg Domperidone 2,5mg BAB cair kekuningan Pasien BAB 7x/hari Pasien menggunakan pampes Peristaltik usus 	
	12.00	4. Memberikan obat Methylprednisolone 12,5mg		
	13.00	5. Memberikan obat :Domperidone 2,5mg		


	14.00	6. Mengevaluasi kembali kondisi pasien	<p>24x/mnt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak tampak lemah dan lemas • Kelopak mata cekung • Mukosa bibir kering • Turgor kulit tidak elastis <p>A: Masalah Diare belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi diare pasien 2. Anjurkan pasien banyak minum 3. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses 4. Observasi mukosa bibir, turgor kulit dan peristaltik usus 5. Evaluasi kondisi pasien jam 19.30 	
3.	<p>Rabu, 26/07/23 08.00</p> <p>08.10</p> <p>08.15</p> <p>11.00</p> <p>11.10</p> <p>13.00</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengobservasi asupan nutrisi 2. Menganjurkan memberikan makan sedikit tapi sering 3. Memberikan susu F75 per NGT 30cc 4. Memberikan susu F75 per NGT 30cc 5. Mengobservasi nutrisi pasien 6. Memberikan susu F75 per NGT 30cc 	<p>26/07/23, 14.00</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu pasien mengatakan diit bubur yang diberikan hanya habis 1 sendok • Ibu pasien mengatakan akan memberikan makan sedikit tapi sering <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asam Folat 1mg • Pasien tampak lemas • BB pasien 8,100 • Pasien makan hanya 1 sendok • Sonde susu F75 masuk 90cc/8jam 	<p> Dini</p>


	14.00	7. Memberikan obat : Asam Folat 1mg	A : Defisit Nutrisi belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1. Observasi asupan nutrisi 2. Anjurkan makan sedikit tapi sering 3. Sonde susu F75 60cc/2jam 4. Evaluasi kondisi pasien jam 19.30	
4.	Rabu, 26/07/23 08.00 11.00 13.00 13.30	1. Memeriksa tanda gejala hipovolemi (nadi, turgor kulit, membrane mukosa, lemah) 2. Mengobservasi muntah pasien 3. Memonitor intake dan output cairan/8jam 4. Menghitung balance cairan/8jam	26/07/23, 13.30 <ul style="list-style-type: none"> • S : Ibu pasien mengatakan anaknya muntah 1x/hari • Ibu pasien mengatakan anaknya BAB cair 7x/hari O : <ul style="list-style-type: none"> • N : 98x/mnt • Kelopak mata cekung • Mukosa bibir kering • Turgor kulit tidak elastis • Pasien tampak lemas • Pasien terpasang infus RLG 26,4cc/jam • Iwl : 75,6cc/8jam • Intake : Ngt : 90cc/8jam Minum + Makan : 100cc/8jam Infus : 211,2cc/8jam Injeksi : 12cc/8jam • Output : Urine : 50cc/8jam Feses : 257cc/8jam • Balance cairan : Intake - Output = 413,2 - 382,6 	 Dini


			<p>= -30,6.</p> <p>A : Masalah resiko hipovolemi belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi tanda gejala hipovolemi (nadi, turgor kulit, membrane mukosa, lemah) 2. Observasi muntah pasien 3. Monitor intake dan output pasien/8jam 4. Hitung balance cairan pasien/8jam 	
5.	<p>Rabu, 26/07/23</p> <p>07.30</p> <p>07.35</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale) 2. Memasang <i>handrall</i> tempat tidur 	<p>26/07/23, 13.45</p> <p>S :-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skor Humpty Dumpty 14 (Resiko Tinggi) • <i>Handrall</i> tempat tidur pasien terpasang <p>A : Masalah Resiko Jatuh Teratasi Sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hitung skor Humpty Dumpty pershift 	
IMPLEMENTASI DAN EVALUASI HARI KE-3				
1.	<p>Kamis, 27/07/23</p> <p>08.00</p> <p>08.10</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda-tanda vital 2. Pengkajian dan Mengobservasi keadaan 	<p>27/07/23, 14.00</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu pasien mengatakan anaknya masih batuk • Ibu pasien mengatakan dahaknya sudah keluar 	<p></p> <p>Dini</p>

		pasien	O:
08.15	3.	Menganjurkan pasien untuk minum air hangat untuk mengencerkan dahak	<ul style="list-style-type: none"> • Gentamicin 40mg • Cefotaxime 400 mg • Nichofed Syp ½ cth • Nebu Ventoline ½ + Flexotide ½ • RR: 29 x/menit nampak retraksi dinding dada minimal
08.15	4.	Melakukan terapi uap air panas minyak kayu putih	<ul style="list-style-type: none"> • TTV: S: 36,4 °C
08.25	5.	Mengevaluasi RR, Pengeluaran Sputum, Konsistensi Sputum, dan Suara Nafas setelah diberikan terapi uap air panas minyak kayu putih	<ul style="list-style-type: none"> • N: 118x/menit • RR: 29x/menit • Pasien nampak minum air hangat • Evaluasi setelah dilakukan uap air panas minyak kayu putih jam 08.25 : RR :25x/mnt, Pasien tampak batuk, Dahak pasien sudah keluar, dahak pasien cair, suara nafas ronchi
09.00	6.	Melakukan terapi nebulizer Ventolin ½ + Flexotide ½	<ul style="list-style-type: none"> • Observasi sebelum dilakukan terapi uap minyak kayu putih jam 10.55 : RR :26x/mnt, pasien batuk, dahak pasien sudah keluar, dahak pasien cair, suara nafas ronchi.
10.55	7.	Mengevaluasi RR, Pengeluaran Sputum, Konsistensi Sputum, dan Suara Nafas sebelum diberikan terapi uap air panas minyak kayu putih	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi setelah dilakukan uap air panas minyak kayu putih jam 11.10 : RR :23x/mnt, dahak pasien sudah keluar, dahak pasien cair, pasien batuk, dan suara nafas ronchi
11.00	8.	Melakukan terapi uap air panas minyak kayu putih	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien sedikit rewel
11.10	9.	Mengevaluasi RR, Pengeluaran Sputum, Konsistensi Sputum dan Suara Nafas setelah terapi uap air panas	

		minyak kayu putih	saat dilakukan tindakan	
	13.00	10. Memberikan obat Gentamicin 40 mg	A: Masalah Bersihan Jalan Nafas teratasi sebagian	
	13.00	11. Memberikan obat Cefotaxim 400 mg	P: Intervensi dilanjutkan	
	14.00	12. Memberikan obat Nichofed Syp ½ cth	1. Monitor TTV pasien	
	14.00	13. Mengevaluasi kondisi pasien	2. Observasi suara nafas dan dahak	
			3. Nebu Ventline ½ + Flexotide ½ jam	
			17.00 dihentikan	
			4. Evaluasi kondisi pasien jam 19.30	
2.	Kamis, 27/07/23/ 08.50	1. Mengobservasi diare pasien	27/07/23, 13.30	
	08.55	2. Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja	S:	Dini
	09.00	3. Mengobservai mukosa bibir, turgor kulit, peristaltik usus	• Ibu pasien mengatakan anaknya BAB cair 6x/hari	
	12.00	4. Memberikan obat Methylpredn	• Ibu pasien mengatakan anaknya sudah tidak muntah	
	13.00	5. isolone 12,5mg	O:	
	14.00	6. Memberikan obat :Domperidone 2,5mg	• Methylprednisolone 12,5mg	
		7. Mengevaluasi kembali kondisi pasien	• Domperidone 2,5mg	
			• BAB cair kekuningan	
			• Pasien BAB 6x/hari	
			• Pasien menggunakan pampes	
			• Peristaltik usus 23x/mnt	
			• Anak tampak lemah dan lemas	
			• Kelopak mata cekung	
			• Mukosa bibir kering	
			• Turgor kulit tidak elastis	
			A: Masalah Diare belum	

			teratasi P: Intervensi dilanjutkan 1. Observasi diare pasien 2. Anjurkan pasien banyak minum 3. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses 4. Observasi mukosa bibir, turgor kulit dan peristaltik usus 5. Evaluasi kondisi pasien jam 19.30 A: Masalah Diare belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	
3.	Kamis, 27/07/23 08.00 08.10 09.00 11.00 11.10 13.00 13.00 14.00	1. Mengobservasi asupan nutrisi 2. Menganjurkan memberikan makan sedikit tapi sering 3. Memberikan susu F75 per NGT 60cc 4. Memberikan susu F75 per NGT 60cc 5. Mengobservasi nutrisi pasien 6. Memberikan obat : Ondansentron 12,5mg 7. Memberikan susu F75 per NGT 60cc 8. Memberikan obat : Asam Folat 1mg	27/07/23, 14.00 S : <ul style="list-style-type: none"> • Ibu pasien mengatakan diit bubur yang diberikan hanya habis 1 sendok • Ibu pasien mengatakan akan memberikan makan sedikit tapi sering O : <ul style="list-style-type: none"> • Asam Folat 1mg • Ondansentron 12,5mg • Pasien tampak lemas • BB pasien 8,100 • Pasien makan hanya 1 sendok • Sonde susu F75 masuk 180cc/8jam A : Defisit Nutrisi belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1. Observasi asupan nutrisi 2. Anjurkan makan sedikit tapi sering 3. Sonde susu F75	 Dini

			60cc/2jam 4. Evaluasi kondisi pasien jam 19.30	
4.	Kamis, 27/07/23 08.00 11.00 13.00 13.30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa tanda gejala hipovolemi (nadi, turgor kulit, membrane mukosa, lemah) 2. Mengobservasi muntah pasien 3. Memonitor intake dan output cairan/8jam 4. Menghitung balance cairan/8jam 	<p>27/07/23, 14.00</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu pasien mengatakan anaknya muntah 1x/hari • Ibu pasien mengatakan anaknya BAB cair 7x/hari <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • N : 98x/mnt • Kelopak mata cekung • Mukosa bibir kering • Turgor kulit tidak elastis • Pasien tampak lemas • Pasien terpasang infus RLG 26,4cc/jam • Iwl : 75,6cc/8jam • Intake : Ngt : 180cc/8jam Minum + Makan : 150cc/8jam Infus : 211,2cc/8jam Injeksi : 16,5cc/8jam • Output : Urine : 11 + 148 = 159cc/8jam Feses : 645cc/8jam • Balance cairan : Intake - Output = 558,7 - 453 = +105,7 <p>A : Masalah resiko hipovolemi belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi tanda gejala hipovolemi (nadi, turgor kulit, 	 Dini

			membrane mukosa, lemah) 2. Observasi muntah pasien 3. Monitor intake dan output pasien/8jam 4. Hitung balance cairan pasien/8jam	
5.	Kamis, 27/07/23 07.30 07.35	1. Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale) 2. Memasang <i>handrall</i> tempat tidur	27/07/23, 14.00 S : - O : <ul style="list-style-type: none"> • Skor Humpty Dumpty 14 (Resiko Tinggi) • <i>Handrall</i> tempat tidur pasien terpasang A : Masalah Resiko Jatuh Teratasi Sebagian P : Intervensi dilanjutkan 1. Hitung skor Humpty Dumpty pershift	 Dini